FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909 — THÈSE — N° 140

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 21 Janvier 1909, à 1 heure

PAR

Georges **BOUZIGUES**

DES

HALLUCINATIONS CHEZ LES TABÉTIQUES

Leur rapport avec les troubles de la vue

Président : M. BALLET, *professeur*

Juges { MM. HUTINEL, *professeur*
POZZI, *professeur*
BRUMPT, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE, Éditeur
15, rue Racine, 15

1909

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	N...
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Gilbert BALLET
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	X...
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE TRÈS CHÈRE
DE MON GRAND-PÈRE
ET DE MA GRAND'MÈRE LAUNAY

A LA MÉMOIRE DE MA MARRAINE
Mlle A. RAGUENEAU

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE JUMEAU

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GILBERT BALLET

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Chevalier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Sur le point de quitter cette Faculté, la reconnaissance, plus encore que la tradition, m'impose l'agréable devoir de venir remercier publiquement les maîtres qui m'ont encouragé et guidé dans le cours de mes études médicales.

M. le professeur Gilbert, médecin de l'hôpital Broussais, a droit à toute ma gratitude pour son enseignement si intéressant et pour sa haute bienveillance.

Je suis heureux de pouvoir remercier ici, avec non moins d'empressement et de satisfaction, M. le professeur Gaucher, médecin de l'hôpital Saint-Louis dont les cours m'ont charmé autant qu'instruit.

Qu'il me soit permis d'adresser à la mémoire du regretté professeur Berger, chirurgien à l'hôpital Necker, l'hommage ému de ma reconnaissance pour ses leçons théoriques et pratiques si instructives.

Je me fais un devoir également d'adresser l'hommage non moins ému de ma profonde gratitude à la mémoire du regretté professeur Budin qui m'apprit l'art des accouchements.

Que M. le professeur Gilbert Ballet veuille bien

recevoir mes vifs remerciements pour l'honneur qu'il me fit en acceptant la présidence de cette thèse.

Je remercie enfin tous les maîtres dont j'ai suivi les précieux enseignements tant à la Faculté de médecine que dans les hôpitaux.

INTRODUCTION

Nous avons eu la bonne fortune de pouvoir examiner dans le service de M. le professeur Gilbert-Ballet, à l'Hôtel-Dieu, deux tabétiques présentant des hallucinations visuelles. On trouvera plus loin les observations de ces deux malades que nous devons à l'obligeance de M. le professeur Gilbert-Ballet et de son interne, M. Glénard.

Frappé par ce fait que ces deux tabétiques à illusions et hallucinations visuelles étaient aveugles, nous avons, sous l'inspiration de M. Ballet, recherché si c'était là un fait constant, ou si nous nous trouvions simplement en présence d'une de ces coïncidences si fréquentes en clinique. C'est le résultat de nos recherches que nous avons l'intention d'exposer dans le présent travail. Après avoir étudié la question dans la littérature médicale, nous avons été étonné de la pauvreté relative des documents sur le sujet qui nous occupe. Les troubles psychiques chez les tabétiques ont depuis longtemps attiré l'attention des cliniciens et des travaux importants ont paru à leur sujet.

Rappelons en passant les nombreux documents

qui ont été accumulés pour ou contre la parenté du abes avec la paralysie générale.

Mais en ce qui concerne l'interprétation et surtout le point de départ des psychoses au cours du tabes on trouve peu de publications.

Aussi avons-nous cru qu'il pouvait être intéressant en nous basant sur les faits que nous avons personnellement observés et sur ceux que nous avons pu recueillir dans les observations de tabétiques où ces faits avaient été suffisamment étudiés, de chercher à fixer l'origine des hallucinations chez les tabétiques.

Nous avons insisté dès le début de ce chapitre sur le fait que nos deux tabétiques étaient aveugles.

La question de savoir si les hallucinations visuelles que présentent les tabétiques relèvent de leur tabes ou de leurs troubles oculaires mérite d'être examinée.

Comme nous essaierons de le montrer, on observe chez certains aveugles non tabétiques des hallucinations comparables à celles des tabétiques.

Après avoir examiné ainsi la question des hallucinations chez les tabétiques en général, chez les tabétiques aveugles, chez les aveugles non tabétiques, nous nous demanderons quelle est la part qui revient au tabes et quelle est la part qui revient à la cécité dans la production des hallucinations. Ce sera la conclusion de cette étude.

Nous avons trouvé de précieux renseignements dans la thèse de Rougier et dans le mémoire que Briand et Cololian ont présenté à la Société médico-

psychologique. Nous tenions avant tout à signaler ces sources très importantes auxquelles nous avons puisé une grande partie de nos documents.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/deshallucination0000geor

CHAPITRE PREMIER

Historique

Les hallucinations au cours du tabes sont loin d'être fréquentes, et bien que nos investigations aient porté sur une longue période, nous n'avons pas trouvé un grand nombre de documents sur cette question. C'est à ce point que pendant longtemps les auteurs classiques enseignèrent que le tabes ne s'accompagnait pas d'hallucinations.

Horn, en 1833, rapporta la première observation de tabes dorsalis avec hallucinations. Mais son malade était peut-être paralytique général. On ne saurait donc s'appuyer sur ce cas.

Duchenne de Boulogne (1858), dans l'importante description de l'ataxie locomotrice progressive qui constitue le travail fondamental sur le tabes, non seulement ne fait pas état des troubles psychiques, mais il les nie.

Trousseau (1863), considérait le tabes comme une névrose ; mais il n'admet pas l'existence des hallucinations dans le tabes. Il affirme que le tabes n'a jamais produit aucun trouble mental.

Eisenmann (1863), publie un certain nombre d'observations d'ataxiques chez lesquels on remarquait de véritables crises de dépression, d'anxiété, de mélancolie avec hallucinations de la vue et de l'ouïe ; ces crises alternaient brusquement avec un état de bien-être. Les hallucinations s'accompagnèrent parfois de délire furieux. Le malade était aveugle lorsque ces symptômes débutèrent.

Topinard (1864), décrit une forme mentale du tabes caractérisée surtout par des troubles intellectuels. Deux observations de son travail nous intéressent. La première est celle d'un homme de quarante ans qui présentait des signes nets d'ataxie et avait eu en outre au début de sa maladie des troubles sensoriels de la vision. La deuxième concerne une malade de cinquante-neuf ans qui, au cours d'un tabes ayant débuté à trente-quatre ans, fut atteinte de troubles visuels dus à l'atrophie du nerf optique. Cette malade eut d'abord des hallucinations colorées, puis, vers la fin de sa vie, des troubles intellectuels marqués avec délire de persécution.

Westphal (1867) publie des observations de tabétiques ayant présenté des troubles mentaux. Dans le nombre on trouve un seul cas d'hallucinations de la vue, de l'odorat et de la sensibilité générale.

Tigges (1871) nous donne trois observations de tabétiques ayant des troubles psychiques. Dans l'une de ces observations on relève « des sensations subjectives simples de la vue et de l'ouïe », mais l'auteur se demande s'il s'agit d'hallucinations vraies.

Nous signalerons encore la discussion qui eut lieu à la société médico-psychologique en 1872 sur les rapports du tabes et de la folie ou la paralysie générale. MM. Billod, Bouchereau, Falret, Foville, etc., développèrent des idées diverses, mais la question des hallucinations fut à peine effleurée.

C'est Obeistener de Vienne qui en 1875 publia le premier cas indiscutable d'hallucinations de la vue et de l'ouïe chez un ataxique non paralytique général. Ce malade voyait des animaux « tous les animaux de la zoologie » et entendait des voix qui lui parlaient à l'oreille.

En 1875 également Ph. Rey publia neuf observations d'ataxie liée à des états délirants. Trois de ces observations concernent des associations de tabes et de paralysie générale. Quatre se rapportent à des malades ayant présenté du délire de persécution fondé sur des hallucinations de la vue, de l'ouïe, du goût, de l'odorat et de la sensibilité générale. Or des quatre malades en question, l'un était aveugle, les trois autres avaient un affaiblissement très marqué de la vue et des troubles dans la vision des couleurs ou des formes. Leurs hallucinations ont succédé à leurs troubles visuels. Cela est très net.

Moëli a donné en 1881 une statistique sur la fréquence de l'atrophie du nerf optique chez les tabétiques avec ou sans troubles mentaux. On est frappé en le consultant de la fréquence des tabétiques aveugles chez qui se développent des troubles mentaux. L'atrophie optique ne s'observerait en effet que chez

8 o/o des tabétiques sans troubles mentaux. Or, on sait combien ces derniers sont nombreux par rapport aux tabétiques qui présentent des troubles mentaux.

Meyer a insisté récemment sur l'exactitude de la statistique de Moëli où tous les cas portent le contrôle de l'examen ophtalmoscopique.

Malheureusement, si ces deux auteurs parlent des hallucinations de la vue et de l'ouïe et même rapportent des cas d'hallucinations au cours de leurs observations, ils ne les considèrent qu'à un point de vue secondaire et s'attachent surtout aux troubles psychiques.

Le professeur A. Fournier dans son traité sur l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique et dans les leçons qu'il a consacrées au même sujet a bien montré « l'exaltation ou l'excitation cérébrale en des états aigus ou suraigus de délire, d'aliénation véritable, avec hallucinations ». Dans ce travail nous avons trouvé deux observations inédites : l'une de M. Tennesson, concerne un malade syphilitique et ataxique qui était atteint d'excitation maniaque avec hallucinations de la vue et de l'ouïe.

L'autre est communiquée par M. Magnan qui signale également l'existence d'hallucinations multiples.

La thèse de Rougier (1882) constitue un important travail d'ensemble sur la « lypémanie et le délire de persécution chez les tabétiques ». Comme nous avons déjà eu l'occasion de le dire, ce travail

nous a été précieux à cause des documents très importants qu'il contient.

Rougier, en effet, publie une série d'observations soit personnelles, soit empruntées à différents auteurs, où nous avons pu relever la coïncidence des hallucinations avec les troubles de la vue.

Dans certains cas il y a cécité complète, dans d'autres affaiblissement de l'acuité visuelle, diplopie, amblyopie, etc. Nous reproduirons ou analyserons plus loin les plus intéressantes parmi ces observations. Rougier défend cette idée que le délire des tabétiques vient de ce qu'ils interprètent faussement leurs sensations douloureuses ou l'origine de leurs sensations douloureuses. Il signale en passant que ces erreurs d'interprétation sont favorisées par la cécité. Il touche donc à la question qui nous intéresse, bien que son étude ait un objet plus étendu.

C'est la même thèse que soutient M. Pierret au Congrès de Blois en 1892. Il fait dériver les troubles mentaux des douleurs réelles qu'éprouvent les tabétiques ou des troubles sensoriels dont ils sont en général atteints. Il en conclut qu'il existe un *tabes psycho-sensoriel.*

La même année, importante discussion à la Société médicale des Hôpitaux sur les « Rapports de la Paralysie générale et du Tabes », à propos d'une observation communiquée par M. le professeur Raymond. Nous n'entrerons pas dans le détail de cette discussion qui ne se rapporte pas d'une façon directe à la

question des hallucinations proprement dites, la seule qui doive nous occuper.

Signalons cependant la thèse de Nageotte (1893), où la question est étudiée avec rigueur.

Marcel Briand (1896) dans une communication à la Société médico-psychologique fait une revue générale de l'état de la question des hallucinations à caractère pénible dans le tabes. Il publie en outre deux observations très intéressantes que nous reproduirons plus loin. L'une concerne un cas de cécité complète, l'autre se rapporte à une malade chez qu l'acuité visuelle était très diminuée. Le mémoire de Briand pose en somme la question que nous voulons étudier.

Citons encore la thèse de Léri (1903) *Cécité et Tabes* et les différentes publications par lesquelles il a pour ainsi dire prolongé sa thèse. Comme les auteurs qui l'ont précédé, Léri s'est surtout attaché, dans le chapitre de sa thèse qui traite des troubles psychiques, à décrire l'état mental des tabétiques. Nous n'avons trouvé que peu de renseignements quant à la question des tabétiques. Certaines des observations publiées dans le travail de Léri nous fourniront cependant des documents sur la question des hallucinations.

Enfin, plus récemment, Parhon et Minea, de Bucarest, ont communiqué au Congrès de Lille (1905) sous le titre de *Contribution casuistique à l'étude des troubles mentaux dans le Tabes* l'observation d'une femme tabétique âgée de soixante-dix ans, présen-

tant, outre les symptômes propres au tabes, une diminution de l'attention et du jugement, des troubles délirants à base sensitive et sensorielle et des idées de persécution.

Il était intéressant pour notre étude de rechercher si on observait chez les aveugles non tabétiques des hallucinations comparables à celles qui ont été signalées dans le tabes avec cécité. Nous avons pu découvrir neuf observations publiées par W. Urthoff dans un travail sur les illusions et hallucinations de l'œil. Les trois premières observations montrent comment les lésions périphériques de l'œil (lacunes du champ visuel, troubles de l'humeur vitrée, etc.) sont particulièrement favorables au développement des illusions d'optique et des hallucinations.

Les affections rétro-bulbaires ou intra-craniennes ne provoqueraient que rarement des hallucinations de la vue.

Dans le cas de cécité complète, le malade a souvent des sensations subjectives élémentaires de lumière et de couleurs qui peuvent devenir le point de départ d'hallucinations de la vue.

Les hallucinations visuelles unilatérales qui existent réellement, bien que Rose les ait niées dans sa critique (1), sont souvent causées par une lésion périphérique de l'œil. Si l'hallucination disparaît quand le malade ferme les yeux, ou si elle change de place avec le mouvement des yeux, ou si enfin

---

1. C'est l'opinion d'Urthoff.

elle recouvre les objets, elle sera le plus souvent provoquée par une affection oculaire périphérique.

Toutefois, on observe aussi ces signes dans les lésions centrales, de sorte qu'ils n'ont pas une grande importance pour le diagnostic différentiel. Il en est de même pour les sensations élémentaires de lumière et de couleur qui n'indiquent pas toujours l'origine nécessairement périphérique de l'hallucination qu'elles accompagnent.

Deux des observations d'Urthoff prouvent que les hallucinations causées par l'irritation des nerfs sensoriels peuvent n'être pas simples comme l'avait avancé Kaudinsky. Enfin Urthoff confirme l'opinion soutenue par Séguin (1881) que les hallucinations hémianopsiques sont relativement fréquentes. Dans ce cas les objets sont toujours entiers et non pas diminués.

Pour terminer, signalons dans l'*Encyclopédie française d'ophtalmologie*, publiée sous la direction de MM. Lagrange et Valude (1906) une très intéressante observation d'hallucinations au cours d'un glaucome chronique, rapportée par M. Gama-Pinto. Nour reproduirons cette observation presque en entier de sorte qu'il est inutile d'y insister ici. Mais nous tenions à la signaler, car on y prend sur le vif l'identité de nature et de mécanisme des hallucinations dans le tabes et dans les troubles oculaires non tabétiques.

CHAPITRE III

Observations

Nous réunissons dans ce chapitre, outre nos deux observations personnelles, les observations les plus intéressantes que nous avons trouvées dans les différentes publications antérieures. Pour certaines, nous reproduirons intégralement l'observation telle qu'elle a été publiée. Pour d'autres, il nous suffira d'une analyse.

OBSERVATION I (Personnelle) (1)

Ch..., âgé de cinquante-cinq ans, ancien employé des postes, est entré dans le service de M. le professeur Gilbert Ballet, à l'Hôtel-Dieu, en novembre 1908. Il n'y a rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Comme antécédents personnels on relève :

La fièvre typhoïde à l'âge de dix ans. Un traumatisme cranien, coup de madrier à vingt ans. Il n'eut pas de frac-

1. Le malade, qui a fait le sujet de cette observation, et celui de l'observation II ont été présentés par MM. Ballet et Glénard à la Société de Psychiâtrie le 19 novembre 1908.

ture du crâne, pas de perte de connaissance. La syphilis à vingt-six ans. Le malade fut traité par des pilules de proto-iodure d'une façon presque continue pendant plus de deux ans.

Le début des accidents tabétiques que présente le malade remonterait à l'âge de trente-cinq ans environ, c'est-à-dire à il y a une vingtaine d'années. A cette époque semblent être apparues les premières douleurs fulgurantes. Celles-ci ont été très fréquentes et très intenses pendant un certain nombre d'années. Il y a eu peu de douleurs en ceinture. Dès le début on note quelques troubles du sphincter vésical ; aucune incontinence de matières fécales. L'appétit sexuel a disparu il y a plusieurs années, mais le malade ne peut préciser la date.

Actuellement on constate tous les signes d'un tabes classique, mais avec peu d'ataxie. Celle-ci ne se manifeste qu'aux membres inférieurs : le malade talonne un peu. Il y a une ébauche de signe de Romberg et le malade a constamment, lorsqu'il est aveugle, la sensation de marcher sur du coton ou sur un plancher mouvant. Abolition complète des réflexes rotuliens et achilléens. Inégalité pupillaire. La ponction lombaire a montré une lymphocytose abondante dans le liquide céphalo-rachidien.

L'examen ophtalmoscopique a fait constater une atrophie papillaire double.

Les troubles de la vue dateraient du début de la maladie. Il y eut d'abord de la diminution de l'acuité visuelle à gauche. Bientôt le malade ne perçut plus les sensations lumineuses que vaguement de ce côté. Dix ans plus tard l'œil droit fut atteint. Actuellement, le malade est complètement aveugle à gauche ; il perçoit encore à droite la différence entre la lumière et l'obs-

curité sans pouvoir distinguer même la forme approximative des objets qu'on interpose entre le jour et ses yeux. Ce malade peut donc être considéré comme absolument aveugle.

Ch... eut des hallucinations visuelles dès le début de ses troubles oculaires. Ce fut d'abord l'image d'un immense damier avec cases blanches et noires qu'il avait constamment devant les yeux. Puis il vit, dans des nuages changeant continuellement de forme et de couleur, des boules rouges, noires et vertes. Enfin au milieu de ces nuages lui apparurent des têtes séparées du tronc. Ces apparitions varient : têtes d'hommes ou de femmes inconnues. Le plus souvent, il s'agit de têtes grimaçantes, ricanantes. Une ou deux fois il a vu une femme entièrement nue qui gesticulait. Le malade localise ces visions à une vingtaine de mètres environ. Elles restent toujours au milieu du champ visuel ; elles se rapprochent ou s'éloignent mais ne se déplacent jamais d'un côté à l'autre. Si le malade tourne la tête, il voit encore les apparitions en face de lui. L'occlusion ou l'ouverture des paupières n'ont aucune influence sur la production ou la disparition de ces hallucinations. Pendant que nous interrogeons le malade, il nous décrit complaisamment et avec un grand luxe de détails les objets qu'il voit ainsi devant lui et nous nous rendons compte avec lui du changement continuel de forme et de couleur de ses hallucinations. « C'est une grande boule rouge, nous dit-il par exemple, comme un soleil couchant..... la voilà qui devient noire..... maintenant c'est une tête..... une tête de femme avec des cheveux noirs et des sourcils épais..... elle montre ses dents..... Voilà que c'est une tête renversée, une espèce de singe..... je ne vois plus rien..... tout est blanc..... Une masse jaune foncé, sans forme, au milieu du blanc.. . je ne vois plus rien..... etc. » Ce qui frappe le

malade lui-même c'est la rapidité avec laquelle se succèdent des visions différentes. Jamais il n'a vu parmi ces têtes de physionomie connue. Elles passent sans laisser de traces dans son esprit. Jamais aucun de ces personnages ne lui a parlé, ni fait des signes ; il les voit paraître et disparaître sans rien de plus.

Jamais non plus d'hallucinations sensitives. Les douleurs fulgurantes, qui deviennent d'ailleurs de plus en plus rares, n'ont jamais évoqué l'idée de personnes étrangères. Il n'y a rien qui ressemble à du délire de persécution. Le malade présente des crises difficiles à caractériser. Au nombre de huit ou dix par jour, ces crises surviennent sans cause apparente, surtout le jour. Brusquement Ch... se sent agité des pieds à la tête par une violente secousse, sa face se congestionne, ses pieds frappent le sol ; un flot de salive mauvaise envahit sa bouche ; puis tout rentre dans l'ordre, le malade qui n'avait pas perdu connaissance, redevient tout à fait normal et reprend la conversation momentanément interrompue. Pendant ces crises, les hallucinations se font plus nombreuses et plus variées. Le malade se sent transporté au loin, dans une plaine immense, dans une forêt, parfois dans son pays natal au milieu des champs où travaillent les paysans. Il voit rapidement défiler dans les airs des personnages nus, difformes, des polichinelles, des animaux qu'il cherche en vain à écarter avec les mains.

Ces hallucinations sont si nettes qu'elles donnent au malade l'illusion du naturel.

Mais jamais il n'a cessé de les considérer comme fictives, reconnaissant en elles un des symptômes de sa maladie. «Toutes ces choses, ces têtes, ces personnages qui passent devant mes yeux, nous dit-il, n'existent pas quoique je les voie très nettement ; si elles existaient en effet, mes voisins, la surveillante,

vous-même les verriez avec moi. Or, personne n'a jamais vu en même temps que moi ce que je crois avoir devant les yeux. C'est donc ma maladie qui produit tout cela.

« De même lorsque je marche je crois mettre mes pieds sur du coton et j'entends pourtant mes pieds frapper le plancher. Ou bien je sens le sol remuer comme si j'étais en bateau : personne ne sent cela et je sais bien que je suis dans une maison. C'est ma maladie qui fait tout cela. Je m'en rends bien compte. »

Pendant le séjour qu'il a fait dans le service de M. le professeur Ballet, Ch... n'a pas changé d'aspect. Il sort dans le même état à la fin de novembre 1908.

OBSERVATION II (Personnelle)

X..., âgé de quarante-quatre ans, ancien employé de commerce entre également au mois de novembre 1908, salle Saint-Thomas dans le service de M. le professeur Gilbert Ballet à l'Hôtel-Dieu.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Le malade a eu un frère qui s'est suicidé à trente ans. Comme antécédents personnels, nous relevons : la fièvre typhoïde à quatre ans, la syphilis à vingt-neuf ans. Elle fut traitée pendant neuf mois. Depuis le malade a eu deux enfants bien portants.

Le début du tabes remonte à l'année 1902. Peu de douleurs fulgurantes. Quelques troubles vésicaux. Disparition de l'activité génitale. On constate actuellement des troubles de la démarche peu accentués : le malade talonne ; il y a quelques signes d'ataxie. Le signe de Romberg est ébauché. Les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis. Il y a de l'inégalité pupillaire

et le signe d'Argyll-Robertson est constaté. A la ponction lombaire, lymphocytose très nette du liquide céphalo-rachidien. L'examen ophtalmoscopique montre l'atrophie des nerfs optiques en évolution.

L'acuité visuelle commença à diminuer d'une façon très précoce. Le malade avait la sensation qu'un brouillard lui voilait tous les objets. Une série d'injections mercurielles fut faite alors. Les troubles visuels disparurent. Peu de temps après ils reparurent. La perception des couleurs se perdit progressivement. Actuellement le malade ne voit presque plus rien. Il distingue encore nettement la lumière et l'obscurité, les objets clairs et les objets foncés. Lorsqu'un bleu franc lui est montré sur un fond blanc, il en reconnaît la couleur. Mais sur un fond coloré, sur du noir, sur du brun, il ne distingue plus le bleu et l'appelle blanc. Les autres couleurs que le blanc et le bleu franc ne peuvent être distinguées.

Les formes sont mal perçues : le malade distingue des masses claires ou foncées mais limite mal les contours. Les formes familières sont cependant reconnues : il voit qu'il a devant lui un personnage, un lit, le pot de faïence qui contient sa boisson. Souvent il croit voir « grimacer » les personnes qui lui parlent.

Ce malade n'est donc pas absolument aveugle.

Il n'a pas beaucoup d'hallucinations. Le matin, lorsqu'il se réveille et ouvre les yeux, il a la sensation d'une blancheur diffuse et voit à une distance de 5 à 6 mètres devant lui de grands ressorts de montre de 30 centimètres à 1 mètre de diamètre environ. Ces ressorts restent immobiles, mais ils augmentent ou diminuent de taille. Ces hallucinations du réveil ne persistent pas longtemps et le malade ne leur attache aucune importance.

Depuis le mois de mars, X... bâtit sur ce qui lui reste d'impressions visuelles et quelques illusions résultant de l'imperfection de ces impressions, une série d'interprétations fausses et délirantes. Le malade ne peut comprendre la nature pathologique de ses sensations : il suppose, sans en avoir la conviction ni la preuve absolue, qu'elles lui viennent des médecins qui le soignent ; ceux-ci agiraient pour son bien, dans l'intérêt de sa guérison. Il se rappelle que ses douleurs ont diminué lorsqu'il est devenu aveugle : il croit que les médecins lui ont enlevé la vue pour lui calmer les nerfs. Chaque accident qui lui arrive est faussement interprété. Ainsi, un jour il se jette sur une boîte à ordures : les médecins l'avaient mise là pour l'arrêter. Il reçoit dans les jambes un cerceau d'enfant, mal lancé ; les médecins voulaient lui ouvrir le ventre pour en regarder l'intérieur. Il distingue mal les traits et croit que les gens qui le croisent dans la rue lui font des grimaces ; il se bute contre les gens qu'il rencontre, il trébuche dans les escaliers : tout cela provient des médecins qui veulent l'effrayer ou le protéger ou écarter de lui un danger qu'il ne peut pas voir.

Ce sont en somme des interprétations délirantes à propos des mécomptes que le malade devrait attribuer uniquement à l'imperfection de ses sensations visuelles.

Le malade sort à la fin de novembre 1908. Il rentre de nouveau une quinzaine de jours plus tard et présente cette fois, outre les manifestations délirantes, des idées de persécution. C'est ainsi qu'il raconte que lors de son séjour chez lui il se croyait le soir aux prises avec des cambrioleurs, verrouillait ses portes, faisait l'acquisition d'un revolver et avertissait sa femme qu'il ne répondait pas de ce qui pourrait se passer.

OBSERVATION III (Briand et Cololian)

Femme de quarante-trois ans. Début du tabes en 1890 par des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. Troubles de la vue en 1891 ; cécité complète en 1893. Hallucinations depuis deux mois (serpents, crocodiles, hommes aux yeux rouges).

La malade B... (Marie), quarante-trois ans, est entrée à l'hôpital Necker dans les premiers mois de cette année pour une bronchite. Là, troublant le repos des autres malades, elle est considérée comme atteinte de « délire alcoolique » et envoyée à Sainte-Anne.

Elle arrive à Villejuif avec le certificat suivant :

« Affaiblissement des facultés, *hallucinations de la vue et de l'ouïe ;* elle voit des crocodiles qui veulent la dévorer. *Ataxie locomotrice. Cécité.* » Nous l'avons observée pour la première fois le 20 août. Le facies est triste, les traits sont tirés. Très réservée et défiante, elle ne parle pas de sa vie antérieure.

Les antécédents restent obscurs. On ne sait si la malade a eu la syphilis. Le début du tabes remonte, dit la malade, à six ans ; il a commencé par des douleurs fulgurantes, plus tard elles devinrent presque constantes.

Les troubles de la vue datent de cinq ans. La malade s'est aperçue que sa vue baissait, qu'elle voyait de moins en moins ; cependant elle se guidait encore tant bien que mal. Depuis trois ans la cécité est complète. M^me^ B... n'a plus de douleurs fulgurantes, ni de crises gastriques.

Les réflexes tendineux sont complètement abolis. Il n'y a

pas de trouble de la station, ni de signe de Romberg. L'incoordination des mouvements est plus accusée.

Au lit, couchée, elle croise une jambe sur l'autre avec une légère hésitation. La marche, difficile, n'est pourtant pas désordonnée. Les sensations de douleur, de toucher sont diminuées et il y a un retard sensible dans la perception de la sensibilité. La malade n'est nullement alcoolique, elle ne buvait qu'un demi-litre de vin par jour. Jamais de pituites, de cauchemars, ni de tremblement. Un mois après son entrée elle conservait les mêmes troubles mentaux qu'au premier jour.

Les symptômes cérébraux sont apparus il y a deux mois, depuis son entrée à Villejuif où elle ne boit que de l'eau. Elle voit des serpents, des crocodiles qui veulent l'étrangler, « un gros serpent lui serre le corps, elle se sent mourir... des crocodiles qui menacent de la dévorer... vont se jeter à l'eau .. des hommes lui font des grimaces ». Nous l'avons trouvée terrifiée un matin. Elle causait seule, en colère, voulait fuir. Cette frayeur dura une heure. L'après-midi elle avoua à la surveillante que sa terreur provenait de la vision « d'un serpent tout vert qui la serrait ». Elle fut reprise d'hallucinations quelques jours après. Elle frappait l'air de ses mains, comme pour se défendre ; elle agitait fiévreusement son mouchoir. Calmée, elle raconta qu'elle voyait un homme avec les yeux rouges qui lui faisait des grimaces et cherchait à l'approcher. Ces accès la reprennent trois ou quatre fois par semaine, ne durent qu'un quart d'heure, mais se renouvellent dans la même journée. Nous avons remarqué que les jours d'hallucinations, la malade avait dès le matin la langue épaisse, saburrale. Aux jours calmes, la malade se rend compte qu'il n'existe ni serpents, ni

crocodiles, ni hommes grimaçants, que *tout cela n'était qu'hallucinations.*

Elle n'a pas d'hallucinations de l'ouïe. La mémoire est bonne. Cette malade ne présente aucun signe physique ou psychique de paralysie générale. Rien à signaler aux autres organes. La malade sort en septembre.

OBSERVATION IV (Briand et Cololian)

Femme de cinquante-huit ans. Affaiblissement de l'acuité visuelle depuis sept ans. Ataxie des membres inférieurs depuis cinq ans et cécité complète depuis quatre ans. Douleurs fulgurantes des membres inférieurs depuis un an. Hallucinations de la vue, de l'ouïe et de la sensibilité générale depuis huit mois.

La malade G... (Ursule), âgée de cinquante-huit ans est entrée à Villejuif le 9 septembre 1895. Son père est mort d'une affection inconnue. Sa mère a succombé dans un asile d'aliénés en province. De dix enfants, un frère seul survit, bien portant. Les autres sont morts en bas âge.

Ursule G... jouissait d'une bonne santé. Réglée à seize ans. Mariée à dix-huit ans. Elle a toujours été triste, de caractère original, sauvage et très jalouse. D'esprit borné elle avait une très mauvaise mémoire ; elle n'a jamais su lire ni écrire. Au bout d'un an de mariage, elle a eu un enfant, mort deux mois après sa naissance. Une fille vit, se porte bien. Pas de syphilis avouée chez notre malade ; mais la mortalité si élevée des enfants en bas âge nous donne droit de penser à la possibilité d'une syphilis héréditaire. Ménopause à cinquante ans.

En 1889 la malade s'aperçut que sa vue baissait. L'année suivante elle n'y voyait plus. A cette époque elle n'avait pas d'autres signes d'ataxie locomotrice. *Deux ans plus tard* seulement, le mari s'aperçut que sa femme « lançait ses pieds à droite et à gauche, sans pouvoir marcher ». Aveugle, incapable de travailler et de marcher, elle passait toutes ses journées assise dans un fauteuil.

Vers le milieu de 1895 des troubles intellectuels se manifestèrent. Elle devint mélancolique, soupçonneuse, croyant sans cesse qu'on allait l'empoisonner.

Elle entre à Villejuif en septembre 1895. Femme de petite taille, avec quelques stigmates de dégénérescence. Depuis janvier 1890 elle se plaint de douleurs fulgurantes dans les jambes. Elle n'a pas d'incontinence fécale ; elle est plutôt malpropre.

L'incoordination est accentuée aux membres inférieurs. Elle a perdu la notion exacte de la position des membres et de la différence de poids ; l'abolition du phénomène du genou est complète. Retard sensible dans la perception de la sensibilité et surtout de la douleur. Pas d'embarras de la parole. Inégalité et immobilité des pupilles. A l'ophtalmoscope, coloration bleu grisâtre des pupilles et atrophie nacrée des papilles. L'acuité auditive est légèrement diminuée des deux côtés. Le 13 avril 1896, nuit très agitée avec hallucinations de l'ouïe et de la vue. On pense à du délire alcoolique. Quelques jours après, nouvelle crise. On a la certitude que la malade n'avait pas bu de vin.

Depuis le 13 avril les hallucinations continuent, reviennent tous les huit ou dix jours sans cause appréciable. Nous avons assisté plusieurs fois à ces crises hallucinatoires : la malade

est dans une rue qu'elle ne connaît pas... il y a dans cette rue des bêtes et des voitures. Elle a peur des voitures qui passent ; elle craint d'être écrasée ; elle se hâte de traverser la rue... « Baissez-vous, madame, il y a du feu ! lui crie-t-on. Attention ! Attention ! » Elle parle à un enfant : « Dépêche-toi, dépêche-toi, mon petit ». Elle voit des chiens ; elle en a peur ; ils vont la mordre, elle crie : « Oh ! la sale bête de chien ! » et frappe son oreiller, ses couvertures ; ce sont les chiens qui veulent la mordre. Des voleurs, des hommes vont lui enlever le paquet de linge qu'elle a dans une voiture à bras. Elle crie : « Au voleur ! » ; elle voit aussi des chats. Elle a vu tout à l'heure le cadavre d'un chat qui lui est tombé sur la tête. Elle appelle au secours. Elle prend le barreau du lit croyant prendre le bras d'un enfant, pour lui faire traverser la rue. Parfois elle voit son mari avec des femmes, puis ce sont des hommes qui cherchent à la violer, elle crie, se débat, se défend. Elle entortille sa couverture entre ses bras : c'est une petite fille ; mais elle ignore à qui elle appartient. Les hallucinations de l'ouïe ne sont pas aussi accentuées ; pourtant elle entend des voix auxquelles elle répond : « Oh oui, madame, je vous remercie bien, si vous voulez restons sur le trottoir. »

Elle a des hallucinations sensitives générales, croit qu'on lui donne des coups dans le dos : « Mais qui est-ce qui me donne des coups dans le dos ? » dit-elle ; elle se retourne et donne un coup dans l'air avec son bras droit. Et cela continue toute la journée. On suit sur son visage ses diverses impressions de crainte et de terreur. Si nous la touchons, elle le sent, et une minute délivrée de ses hallucinations elle demande d'une voix naturelle : « Qui est-ce qui me touche ? Oh c'est vous, monsieur le docteur, je vous remercie, je vais bien. » Mais le

répit est de courte durée. C'est en général l'après-midi que commencent les hallucinations précédées par des vomissements bilieux.

Les hallucinations durent toute la nuit jusqu'au matin, de dix-huit à vingt-quatre heures. La malade se calme peu à peu et s'endort brisée de fatigue. Elle n'en conserve pas ou peu le souvenir. Les hallucinations reviennent tous les huit ou dix jours, présentant chaque fois les mêmes caractères.

Aucune signe physique ou psychique de paralysie générale. Pas alcoolique. Rien dans les différents organes.

OBSERVATION V (Résumée)

(Rougier)

Jeanne Neyret, âgée de soixante ans, ne présente pas d'antécédents héréditaires. Mariée à dix-neuf ans, elle contracta la syphilis pendant sa première nuit de noces. On relève dans ses antécédents personnels plusieurs fausses couches et de la polyléthalité de ses enfants en bas âge.

Le début du tabes semble remonter à l'âge de cinquante-six ans. La malade eut d'abord des douleurs circum-orbitaires violentes, suivies d'amaurose de l'œil gauche, puis des douleurs en ceinture.

L'ataxie apparut peu de temps après, et devint en un an telle que la malade ne put plus marcher. Lors de l'examen, on constate une *cécité absolue :* la malade ne distingue absolument rien, pas même un brouillard obscur quand quelqu'un intercepte la lumière en se plaçant devant une croisée. Dès le début de son affection, sa vue s'est affaiblie peu à peu ; elle voyait trouble, et en regardant à terre, elle apercevait des taches noi-

res qui tourbillonnaient. Ces taches étaient arrondies et grosses comme des pièces de 5 francs. Plus tard, à une époque où l'œil gauche était déjà perdu, elle eut dans cet œil des sensations lumineuses, des éclairs, des fusées, « un vrai feu d'artifice », mais jamais elle n'a vu des images à bords distincts.

L'acuité auditive est diminuée et la malade a eu des bourdonnements d'oreilles. Elle n'a jamais entendu un son articulé.

La malade a des hallucinations du goût et de l'odorat. Elle déclare qu'elle a une pourriture dans la bouche ; elle l'attribue à sa maladie. Avant même de manger, elle est avertie par son odorat du mauvais goût de ses aliments ; mais comme elle éprouve les mêmes sensations sans manger, elle reconnaît qu'elle se trompe et que ces impressions lui viennent, dit-elle, de son gosier et de son nez.

La malade est assez renfermée et de tendance mélancolique. Elle n'a jamais présenté de délire de persécution.

OBSERVATION VI (Résumée)

(Rougier)

C..., journalier, cinquante-sept ans, est atteint d'ataxie locomotrice progressive datant de vingt ans. La vue a baissé graduellement depuis quinze ans et actuellement, sauf quelques moments où les objets élevés et rapprochés sont vaguement perçus, la vision a presque complètement disparu. Cet état de cécité dure depuis trois ans.

Au début, le malade s'aperçut en lisant son journal qu'il avait parfois un brouillard devant les yeux. Ce brouillard ne durait que quelques instants très courts et il lui suffisait de

fermer un moment les yeux pour pouvoir reprendre sa lecture ; peu à peu ce brouillard reparut plus fréquemment et son intensité augmentait toujours ; il apparaissait quelquefois en dehors de la lecture et sans que le malade fixât un objet. Le soir, quand le jour faiblissait, il semblait parfois au malade apercevoir comme un nuage blanc au pied de son lit ; ce nuage n'avait pas de contours limités au début, mais peu à peu il prenait une forme plus distincte et le malade crut quelquefois avoir un linge blanc pendu au pied de son lit ; cette hallucination disparut pendant quelque temps pour revenir ensuite avec une plus grande intensité, il lui semblait voir un grand fantôme s'agitant au pied de son lit et l'illusion était si forte que le malade se leva plusieurs fois pour aller le toucher et s'assurer de sa réalité.

Ce fantôme prit ensuite une véritable forme humaine avec un visage, mais dont les traits étaient trop confus pour que le malade put reconnaître la personne qui venait ainsi le regarder.

Le malade présenta vers la même époque quelques troubles de l'ouïe : bourdonnements, bruit de cigale, sifflet, bruit de cloches. Il associa bientôt ses deux hallucinations et entendit son fantôme blanc lui adresser des mots sans suite : il ne comprenait pas au début ce qu'il lui disait et s'asseyait sur son lit pour mieux entendre.

Alors apparurent des troubles intellectuels : il manifesta des craintes chimériques à l'égard de ses camarades et une grande méfiance vis-à-vis du personnel. C'est ainsi qu'il accuse les personnes qui l'approchent de vouloir l'empoisonner en mettant du phosphore, du vert-de-gris dans ses aliments, dans son tabac. On lui enfonce des épingles dans les doigts. Il voit cons-

tamment son voisin au pied de son lit se moquant de lui, l'appelant par des noms grossiers ; hier il a amené dix femmes qui ont défilé devant son lit, disant : « C'est mon homme, je le reconnais. » Il les a vues se pencher sur son lit, elles veulent l'enlever pour le brûler et font faire sur lui des articles dans les journaux. Ce matin on l'a empoisonné dans sa soupe et dans son tabac avec du vert-de-gris.

On lui tord les jambes, etc. Le malade montre une grande défiance vis-à-vis de tout le monde.

OBSERVATION VII (Résumée)

(Rougier)

Femme de cinquante ans. Tabes datant de dix ans au moins. L'amaurose était complète à quarante-sixans. La malade dit que le soir elle distingue confusément l'ombre d'une personne placée devant une croisée. La malade raconte qu'un jour où elle regardait passer un enterrement, une voisine aurait secoué un tapis malpropre devant ses yeux ; depuis cette époque sa vue se serait affaiblie ; elle aperçut d'abord des taches noires qui pour elle étaient du mâchefer qu'on lui aurait mis méchamment devant les yeux. Bientôt on se servit d'autres alliages et on s'amusait à lui jeter de la poussière de cuivre et d'arsénie, de la cendre, de la terre. Plus tard elle aperçut des roses enflammées, des éclairs, des pluies de feu, de grandes taches de sang dans lesquelles on jetait du mâchefer. Elle attribue toujours ces sensations à des ennemis imaginaires ; elle a vu deux fois des formes définies : des oiseaux noirs qui volaient autour de

son lit et un « marmitaillon » qui mettait des excréments dans sa soupe.

Elle a eu des troubles de l'ouïe : les oiseaux qu'elle a aperçus ont chanté toute la nuit autour de son lit. D'anciennes malades la poursuivent et l'insultent, lui disant des choses honteuses à faire et à dire. L'ouïe par elle-même n'est pas diminuée. On note quelques hallucinations du goût, de l'odorat et de la sensibilité générale : les malades la piquent avec des aiguilles.

OBSERVATION VIII (Résumée)
(Ph. Rey)

Homme de quarante-trois ans. Tabes depuis l'âge de trente ans. La vue s'est troublée de bonne heure : quand le malade lisait, les caractères se brouillaient ; il avait souvent de la diplopie.

La vision est altérée de diverses manières : quand il fixe un objet, ou cet objet lui paraît double, ou les contours s'effacent ; il prend des formes fantastiques, ou bien il change de coloration. Le soir surtout, il voit des taches noires courir sur le sol ou papillonner dans l'air. Des images noires passent devant ses yeux et se transforment sans cesse. Il voit quelquefois des animaux autour de son lit. Il entend des bruits confus. Souvent on prononce son nom.

Il présente par périodes un délire de persécution assez marqué.

OBSERVATION IX (Résumée)

(Ph. Rey)

Homme de cinquante-neuf ans. Ataxie très marquée.

Les troubles oculaires ont été progressifs : d'abord diplopie ; puis affaiblissement graduel de la vue jusqu'à la cécité qui est complète à l'examen du malade. Cependant le malade distingue le jour, le matin. Il s'exerce à compter les carreaux d'une fenêtre ; mais vers le milieu de la journée, il tombe dans une obscurité profonde. Il éprouve un sentiment de pesanteur à la région sus-orbitaire et des douleurs tantôt aiguës, tantôt contuses dans les yeux. L'examen ophtalmoscopique montre l'atrophie des deux papilles.

L'état mental était des plus satisfaisants avant que le malade ait perdu la vue. C'est au moment même où la cécité a été complète que le délire a éclaté, affectant la forme lypémaniaque. Il se croyait traduit devant un conseil de guerre. Il assistait à toutes les phases d'un procès ; il s'est entendu condamner à mort. On lui tirait des balles dans les jambes et dans les yeux. Il voyait ses pieds partagés à coups de hache. On lui faisait manger des excréments ; il en percevait l'odeur et le goût. Ces troubles se sont améliorés sous l'influence du séjour à l'asile et des soins qui ont été donnés au malade.

OBSERVATION X (Résumée)

(Rougier)

Homme de cinquante ans, ataxique depuis trente ans. Incoor-

dination motrice des quatre membres. Douleurs fulgurantes et en ceinture.

L'acuité visuelle a diminué peu à peu ; le malade a vu souvent des mouches volantes, des étoiles, des étincelles, des plaques vertes, jaunes et rouges, mais il croit que ce sont des physiciens qui agissent sur lui ; il n'a jamais eu d'amblyopie, de diplopie, ni de dyschromatopsie. Lors de l'examen, la vue est complètement abolie.

Le malade est depuis qu'il est aveugle atteint d'hallucinations perpétuelles qui lui représentent son frère comme assailli par des assassins, et lui-même comme victime de voleurs imaginaires. Ces hallucinations le portent à pousser des cris stridents. Il fait des tentatives pour frapper, après les avoir injuriées, toutes les personnes qui se trouvent à sa portée et menace sa femme de l'étrangler.

D'autres fois il a des hallucinations visuelles, auditives et gustatives, dont il rapporte l'origine à des physiciens. Le plus souvent, il voit des couleurs flamboyantes, des cercles de feu, des boules noires ou des taches d'encre entourées de rouge et de vert ; il a vu son frère assassiné dans un jeu de boules.

Il a été empoisonné plusieurs fois et avec des poisons bien différents. Il y a intermittence de ces hallucinations, mais à mesure que la maladie évolue elles deviennent plus fréquentes, et le délire de persécution devient de plus en plus intense.

OBSERVATION XI (Gama Pinto)

Glaucome chronique double à marche progressive. Hallucinations visuelles. Nous ne reproduirons de cette observation que ce qui a trait aux hallucinations. Nous ne saurions, en

effet, insister sur le détail des troubles ophtalmoscopiques. Disons seulement qu'il s'agit d'un malade de soixante et onze ans, naturaliste et homme d'Etat distingué, qui, souffrant de toutes espèces de manifestations arthritiques, perd peu à peu la vue par suite du développement d'un glaucome double. Au dernier examen, l'œil droit est complètement amaurotique, l'œil gauche possède encore une certaine perception lumineuse à un éclairage modéré, plus prononcée à la périphérie du champ visuel.

Dès le début de son affection, le malade se plaignait d'hallucinations visuelles curieuses qu'il a lui-même décrites comme suit : Dans le printemps de 1894, mon œil gauche étant déjà atteint de glaucome tandis que l'œil droit était encore libre, en sortant un jour de chez moi, je remarquais que j'étais précédé, à une certaine distance, d'un nuage étroit ayant la forme d'un arc, dont les extrémités s'appuyaient sur les façades des maisons qui bordent la rue, à la hauteur du second étage ; et, à partir de cette époque, ce phénomène s'est reproduit à toutes mes promenades pendant une longue période, jusqu'à ce qu'il fût remplacé par un autre dont j'aurai à m'occuper bientôt.

Quelques mois plus tard, après avoir subi l'opération de l'iridectomie à l'œil gauche, je remarquai que la couleur et les dessins des papiers peints qui recouvrent les murs de mon appartement n'étaient plus les mêmes, quand je les observais d'une certaine distance ; les couleurs devenaient différentes et les dessins sensiblement plus grands et d'une autre forme. La même chose m'arrivait quand je regardais les tapis qui recouvrent le plancher des mêmes pièces, avec cette curieuse circonstance que les dessins des tapis étaient, quant à leur forme, identiques

à ceux des papiers peints. Lorsque je sortais le soir, ces mêmes dessins se faisaient voir sur une surface unie qui remplaçait à mes yeux le pavé des rues, à l'exception des endroits plus rapprochés des réverbères, où une lumière plus forte me faisait voir le pavé tel qu'il était réellement.

A partir de cette époque, avec le progrès de la maladie dans les yeux, d'autres phénomènes de même nature, mais bien plus curieux et plus compliqués, ont frappé mon attention. J'ai d'abord à signaler le remplacement, pendant mes promenades, du nuage en arc, par un arc en maçonnerie qui me précédait toujours dans les rues et les allées des jardins.

Quant aux autres hallucinations, je vais m'occuper seulement de celles qui me semblent plus remarquables. Souvent, en me promenant dans les allées d'un jardin, je vois se dresser tout à coup, de chaque côté de l'allée, un treillis de roseaux qui m'accompagne partout où je vais, et si je prends la résolution de m'asseoir, ce treillis m'entoure à une certaine distance, formant une espèce de cage où je reste enfermé.

Que je sois debout ou assis, quand mes yeux, protégés ou non par des lunettes fumées, restent exposés pendant quelque temps sans interruption à une lumière un peu forte, je vois souvent tout près de moi, me touchant presque, une ou plusieurs têtes humaines, d'adultes ou d'enfants qui semblent me regarder en face et se déplacer à gauche ou à droite, si je tourne la tête dans quelqu'une de ces directions. Il m'est arrivé, deux ou trois fois, de voir apparaître, tout à coup, à mes pieds, étant debout, un jardin en miniature, divisé en petits chantiers réguliers, dans chacun desquels se trouvait un petit pin. Ce jardin se déplaçait quand je changeais de place, les chantiers et les petits arbres variant souvent de dimension et de forme.

Depuis ces derniers trois ou quatre ans, j'assiste tous les matins, à mon réveil, à un curieux spectacle : le plafond et les murs de ma chambre à coucher se présentent couverts, sur un fond sombre, de nombreuses palmes d'une teinte claire, éclatantes et souvent lumineuses, qui disparaissent aussitôt que l'on fait pénétrer la lumière dans la pièce, en ouvrant les volets.

A présent que mon œil droit est perdu et que le gauche ne remplit que très faiblement ses fonctions, j'aperçois comme à travers un épais brouillard les objets plus rapprochés de moi qui se trouvent sous l'action directe d'une lumière pas trop vive et je distingue surtout les objets de couleur blanche ou noire, sans cependant bien me rendre compte de leur forme. Si je reste pendant quelque temps sans changer de place, dans une chambre bien éclairée, je m'aperçois bientôt que l'épais brouillard où j'étais plongé, a été remplacé par une atmosphère lumineuse et que tous les objets jusque-là visibles ont disparu ; si je reste encore à la même place, je me trouve environné de tous les côtés par des plans lumineux verticaux, placés à petite distance de moi et formant une chambre minuscule où je me trouve enfermé ; ces parois lumineuses ne tardent pas à se présenter couvertes d'un curieux dessin, constitué par l'intersection de lignes obliques d'une teinte sombre, formant des losanges réguliers, tous bien égaux. Pour mettre un terme à ces illusions visuelles, j'ai besoin de changer de place ou de me promener pendant quelque temps à travers d'autres pièces moins éclairées.

CHAPITRE III

Caractères des hallucinations chez les tabétiques

On a pu se rendre compte, en lisant les observations précédentes que nous avons volontairement reproduites avec beaucoup de détails, que les hallucinations chez les tabétiques présentent un certain nombre de caractères communs. Le moment est venu de grouper ces caractères communs et de les mettre en parallèle avec les troubles hallucinatoires observés chez les aveugles non tabétiques.

Un fait frappe tout d'abord lorsqu'on examine à ce point de vue les observations des tabétiques ayant présenté des hallucinations et des troubles psychiques : c'est que ces hallucinations et ces troubles psychiques ont toujours débuté après l'apparition des troubles visuels. Le plus souvent les premières hallucinations apparaissent avant que le malade ne soit complètement amaurotique. Elles se produisent, par exemple, à propos de diplopie, à propos de diminution de l'acuité visuelle, même lorsqu'un seul œil est atteint. Il est fréquent d'observer une sorte de parallélisme entre les hallucinations visuelles et

la marche des troubles oculaires. Ceux-ci ont, chez les tabétiques, une évolution le plus souvent lente ; il n'est pas rare d'assister à des rémissions qui laissent dans le même état un malade pendant des semaines, pendant des mois, pendant des années. A ces rémissions peuvent correspondre des interruptions dans les hallucinations. Le malade est souvent débarrassé pendant un temps plus ou moins long de ses hallucinations. Ceci peut n'être souvent qu'une apparence. Bien des sujets ont été frappés de voir s'interposer entre eux et les objets un nuage blanc, des boules blanches, noires ou brillantes, des points colorés, etc., etc., et ont attaché une grande importance à ces phénomènes, les décrivant avec complaisance. Mais on leur explique qu'il n'y a là rien d'inquiétant. Eux-mêmes se rendent compte qu'ils se sont exagéré les choses; leur cerveau s'accoutume à corriger ces sensations fausses. Ils s'adaptent peu à peu à ne plus tenir compte de leurs visions, surtout si elles sont peu importantes. Et petit à petit, à condition que leur état demeure stationnaire pendant assez longtemps, ces malades arrivent à négliger eux-mêmes leurs hallucinations dans la vie courante; de sorte que, lorsqu'on les interroge, ils répondent qu'ils ont eu des hallucinations qui les incommodaient vivement, mais qu'à l'heure actuelle elles sont disparues et qu'ils verraient comme tout le monde, n'était la diminution de leur acuité visuelle. Si l'on s'en tient à cette première réponse, on croit que les hallucinations ont disparu. Ce peut être véri-

tablement le cas. Mais bien souvent en pressant le malade, en l'amenant à penser à nouveau à ses visions imaginaires on arrive à un résultat différent. Et ce même individu qui déclarait spontanément n'avoir plus d'hallucinations est lui-même surpris de constater qu'elles existent encore. Tantôt elles se produiront s'il les rappelle à son esprit. Tantôt ce sera lorsqu'il fixera un objet rapproché ou éloigné et qu'il essaiera d'en saisir nettement les contours ou les couleurs. Tantôt il verra reparaître ses hallucinations lorsque son regard errera dans le vague. Et cela est si vrai que nombre de malades spécifieront que leurs hallucinations ne sont ni permanentes ni durables. Elles apparaissent la nuit quand le malade reste les yeux ouverts ; ou bien le matin, au réveil, lorsque les yeux non encore accoutumés à la lumière sont frappés par la blancheur qui tombe des fenêtres et des rideaux du lit.

A côté des malades qui présentent des interruptions vraies ou fausses dans la production de leurs hallucinations, il y en a d'autres qui voient se modifier les visions qui se présentent devant eux. Ces modifications dans l'aspect, dans la forme, dans la couleur des visions, suit bien souvent la marche de la maladie qui frappe l'appareil visuel. Tel individu commence par avoir de la diminution de l'acuité visuelle d'un côté : il signale qu'il voit des nuages de formes imprécises passer devant lui. Son deuxième œil se prend à son tour. Et voici qu'il se plaint de voir des boules claires ou foncées. L'amaurose fait

des progrès, les formes se précisent. Il devient complètement aveugle : le cortège des hallucinations visuelles, auditives, sensitives s'installe jusqu'à provoquer le délire de persécution.

C'est là un tableau fréquent ; nous le résumons en quelques lignes, mais c'est des années entières qu'il met à se réaliser, subissant des temps d'arrêt et des progrès brusques, présentant parfois de véritables crises.

Donc, au point de vue de l'évolution, on peut établir un certain rapport entre les troubles visuels des tabétiques et les hallucinations qu'ils présentent. Nous ne saurions trop insister sur ce fait qui nous paraît capital : les troubles hallucinatoires n'ont jamais été signalés chez des tabétiques qui possédaient un appareil visuel absolument intact.

Réciproquement, les tabétiques aveugles ont dans une proportion considérable des manifestations hallucinatoires. Rappelons que Moëli, dans sa statistique si exacte, rapporte que parmi les tabétiques chez lesquels l'ophtalmoscope a fait constater l'atrophie du nerf optique, 8 o/o seulement n'ont jamais présenté de troubles mentaux. Ces chiffres ne peuvent manquer d'impressionner, lorsqu'on pense à la rareté des troubles mentaux chez les tabétiques ne présentant rien à l'examen de l'œil.

La statistique, l'évolution plaident en faveur d'un rapport entre les troubles visuels et les hallucinations chez les tabétiques.

Voyons maintenant si l'analyse des symptômes

observés chez les malades qui nous occupent peuvent nous être d'un secours quelconque dans l'établissement de ce rapport.

Il est extrêmement difficile de classer les troubles que présentent nos malades. Commençons par les hallucinations de la vue, celles qui nous occupent surtout.

Il convient tout d'abord d'écarter de notre sujet tout ce qui n'est pas hallucination. C'est ainsi que nous ne ferons pas rentrer dans les troubles visuels d'ordre hallucinatoire, certains phénomènes qui résultent de modifications dans le champ visuel. Qu'un malade signale qu'il voit les objets comme à travers un entonnoir, nous savons ce que cela signifie ; il ne viendra à l'esprit de personne de dire que ce malade a une hallucination. Nous n'insisterons en aucune façon sur ce groupe de faits.

Et cependant, il peut y avoir hallucination comme conséquence de modifications du champ visuel lorsque le malade interprète mal. Le champ visuel, par exemple, est supprimé du côté gauche ; le sujet peut se borner à constater ce fait ; pas d'hallucination. Il peut chercher à l'interpréter : c'est un voile, un nuage, un corps quelconque qui *doit* être interposé entre lui et les objets placés à sa gauche. Il ne tardera pas à *voir* ce voile, ce nuage, ce corps quelconque. Encore un degré de plus : qui a placé là cet obstacle qui l'empêche de voir ? Pour peu que le malade ait l'esprit orienté dans ce sens, il trouvera que c'est quelqu'un ; et généralement cette personne

sera son voisin, son médecin ou un ennemi inconnu ou connu. Lorsque cette personnification sera faite, le délire de persécution aura une base. Il faut donc attacher malgré tout une certaine importance aux troubles de nature banale auxquels nous venons de faire allusion. Ils peuvent être le point de départ, sinon la cause, des hallucinations. Dans ce cas on aurait évidemment tort d'invoquer le tabes pour expliquer les hallucinations ; elles reconnaissent comme unique pathogénie les déformations du champ visuel. On les observe chez des individus qui n'ont aucun des signes du tabes mais des troubles oculaires purs. Ce n'est pas parce que le tabes est la cause initiale de la lésion oculaire qu'il est permis d'oublier ce fait important.

Examinons maintenant les troubles qui véritablement sont des hallucinations et qu'on ne peut pas qualifier d'erreur d'interprétation. Dans les observations que nous avons passées en revue, nous avons pu classer en un ordre croissant les hallucinations qui frappent les malades. Nous ne nous dissimulons pas ce que l'ordre que nous avons adopté peut avoir d'arbitraire ; aussi ne le suivrons-nous que pour faciliter l'examen des faits sur lesquels nous avons à nous appuyer. L'ordre que nous adoptons est le suivant : nous partons des troubles les plus simples pour aller progressivement vers les plus compliqués.

On ne comprend bien ces derniers, en effet, et on ne se rend compte de leur mécanisme si l'on n'a pas

auparavant examiné et essayé d'interpréter les hallucinations simples. D'ailleurs, comme nous l'avons exposé plus haut, cet ordre répond le plus souvent à l'évolution des hallucinations chez les tabétiques. C'est une raison de plus qui plaide en faveur de la logique de notre plan.

1° *Hallucinations sans forme déterminée*

Un grand nombre de malades se souviennent que le premier trouble qui les a frappés a été la vision de points ou de taches lumineuses. C'est lorsqu'ils fixent un objet, par exemple, qu'ils voient des points brillants voyager par groupe dans leur champ visuel. Ou bien, au contraire, ces petits corps sont vus lorsque le malade regarde dans le vague, « pensant à autre chose » suivant l'expression généralement employée. Il peut s'agir de points brillants, de taches lumineuses. Souvent aussi ce sont des taches noires qui viennent moucheter l'objet considéré ou s'essaimer sur l'horizon lumineux. Quoi qu'il en soit, il est rare que les petits corps ainsi aperçus restent immobiles. Ils voyagent dans le champ visuel, allant de l'angle externe à l'angle interne de l'œil. Leur forme est imprécise et sans importance ; elle varie continuellement.

Eh bien ! ces visions que présentent souvent les tabétiques au début de leurs troubles visuels on les retrouve nettement dans certaines affections

banales de l'œil. Les ophtalmologistes connaissent tous et décrivent bien les petits corps lumineux de la rétinite pigmentaire. Les descriptions qu'ils en donnent pourraient s'appliquer sans aucun changement aux troubles que nous venons de décrire chez les tabétiques. Nous n'insisterons pas sur ce parallèle ; il n'y a qu'à ouvrir un traité complet d'ophtalmologie pour être édifié.

2° *Hallucinations lumineuses à forme nette*

Chez beaucoup de malades on trouve des hallucinations plus précises que celles que nous venons de signaler. Ce ne sont plus des points, des taches sans grande importance, mais des visions déterminées. Souvent il s'agit d'anneaux colorés, soit en rouge, soit en vert — plus rarement en une autre couleur — soit d'anneaux irisés que le malade compare alors à un arc-en-ciel fermé.

Ces anneaux apparaissent dans les mêmes conditions que les visions précédentes ; nous n'y insisterons pas à nouveau. Elles se modifient aussi : les anneaux se rétrécissent, s'agrandissent, paraissent et disparaissent. Ils s'imposent davantage en raison de leur importance à l'attention des individus qui les voient. On peut rapprocher de ces anneaux ainsi aperçus les grands ressorts de montre que décrit le malade qui fait l'objet de la deuxième observation que nous publions dans un chapitre précédent. Bien

entendu, cette forme d'anneau n'est pas la seule que puissent prendre ces hallucinations lumineuses. Certains sujets racontent qu'ils voient apparaître de grosses boules brillantes qui montent dans le ciel ; elles éclatent comme une bombe d'artifice ou disparaissent avec la brusquerie d'une étincelle ou d'un éclair. La sensation de réel est telle que le malade signale parfois par un clignement de paupières l'apparition et surtout la disparition brusque de ces corps lumineux. Il s'agit bien là d'hallucinations. L'interprétation peut en être différente suivant que le malade considère qu'il a des visions ou qu'il voit réellement ce qu'il décrit. Ainsi notre malade C... (obs. I) nous décrit avec complaisance des boules rouges qu'il voit sans cesse se lever sur l'horizon, mais il se rend compte, en faisant appel au raisonnement, que ses visions sont irréelles et dépendent de sa maladie.

3° *Hallucinations diverses sans forme nette*

Nous rangeons sous ce titre ces hallucinations qui représentent au malade des nuages blancs ou foncés, des fumées, des brouillards, des fantômes clairs ou noirs sans forme précise que certains sujets voient se lever ou passer devant leurs yeux. Le diagnostic est à faire dans ce cas avec la sensation de brouillard devant les yeux, signe presque constant de la diminution de l'acuité visuelle. Ce diagnostic est

facile, car lors de la diminution de l'acuité visuelle, il s'agit d'un brouillard uniforme qui voile les objets à l'observateur. S'agit-il, au contraire, d'hallucinations, le malade voit à certains moments apparaître un brouillard plus ou moins opaque, qui change d'aspect et de coloration ; plus souvent, d'ailleurs, c'est un nuage de forme variable qu'aperçoit le malade.

Nous pouvons dans ce chapitre ranger également les sensations lumineuses uniformes qu'éprouvent certains individus : visions en rouge, en vert, en bleu. Il n'est pas rare que ces hallucinations, photopsies et chromopsies, jettent les malades dans un grand trouble, soit qu'ils les attribuent à une influence extérieure, soit qu'ils les rapportent à leur maladie. On conçoit — et nous y reviendrons d'ailleurs — que sur ces troubles, sur l'émoi qui les accompagne, les malades puissent bâtir des désordres psychiques même graves.

Disons tout de suite que ces hallucinations ne sont pas l'apanage des tabétiques. On les observe dans les névrites optiques de toute origine, et même dans les névrites à évolution rapide, l'apparition subite des symptômes hallucinatoires est une raison fréquente pour les malades de faire des troubles psychiques. Nous verrons pourquoi ils disparaissent alors plus facilement que chez les tabétiques, mais auparavant il nous faut continuer l'étude descriptive des hallucinations.

4° *Hallucinations figurées*

Chez un grand nombre de tabétiques on constate, soit d'emblée, soit plus souvent après une phase d'hallucinations simples rentrant dans un des groupes précédemment étudiés, des hallucinations figurées. Ce sont des têtes, des visages de personnes connues ou inconnues, ce sont des personnages entiers qui apparaissent ainsi au malade. Le plus souvent c'est chez des individus ayant des troubles visuels accentués que ces hallucinations personnifiées sont constatées. Notre malade C... nous a dit voir souvent des têtes, parfois une femme nue survenir devant ses yeux. Mais les hallucinations de cet ordre sont encore plus complexes. Pour ne pas changer d'exemple, le même malade nous racontait s'être vu transporté au loin, à la campagne, au milieu des laboureurs qui se livraient à divers travaux. C'est toute une scène qui se déroule devant les yeux du malade, avec un décor et des personnages. On conçoit qu'il puisse être impressionné. Chez le malade que nous venons de rappeler, il s'agissait de pures hallucinations visuelles. Mais chez beaucoup d'autres, le tableau est encore rendu plus réel par la coexistence d'hallucinations des autres sens. Nous allons étudier maintenant ces hallucinations multiples.

5° *Hallucinations multiples*

Le sentiment de réel est certainement plus net chez les malades qui aux hallucinations visuelles joignent des hallucinations de l'ouïe, de la sensibilité générale, du goût et de l'odorat.

Les observations de Rougier, de Rey, de Pierret, de Briand que nous avons rapportées ou résumées, en fournissent de nombreux exemples.

On constate que ces hallucinations surviennent en général longtemps après les premières hallucinations visuelles. Les hallucinations de l'ouïe ne paraissent pas en rapport avec une altération de l'organe de l'audition. Il ne s'agit jamais de bourdonnements d'oreille. Mais le malade entend des bruits qu'il interprète mal ; il les met naturellement en rapport avec les visions qu'il peut avoir, avec les pensées qui l'occupent habituellement, et il se constitue ainsi des hallucinations souvent pénibles et à caractère inquiétant.

On pourrait suivre pour les hallucinations auditives un ordre analogue à celui que nous avons suivi pour décrire les hallucinations visuelles. En effet, tous les degrés s'observent. Par exemple certains tabétiques entendent des sons, des voix, des cris d'hommes ou d'animaux. Ils n'entendent jamais un son articulé.

D'autres se plaignent d'entendre un inconnu leur parler ; plus souvent il s'agit d'un individu connu

d'eux qui les injurie. Il est à remarquer, en effet, que les malades qui nous occupent présentent bien rarement des hallucinations agréables. Tel malade, par exemple, qui croit voir continuellement passer devant son lit son voisin, l'entend un beau jour lui dire des mots orduriers. Et à partir de ce jour, ce « voisin » ne lui laisse pas de repos, surtout à certaines périodes où il se fait plus grossier. Tous les modes s'observent et, comme pour les hallucinations visuelles, les hallucinations auditives peuvent donner lieu à de véritables scènes. On a vu dans l'une de nos observations ce malade qui entendait son frère appeler au secours, puis bientôt le voyait aux prises avec des assassins qui l'attaquaient. Enfin il succombait sous les coups au milieu des cris de détresse, d'une part, des cris de triomphe, d'autre part. Il est difficile de trouver une hallucination plus complète.

Les sens de l'odorat et du goût sont eux aussi fréquemment atteints. Combien de malades se plaignent de ce qu'on mêle des substances fétides à leur nourriture, à leur tabac. Ces substances sont variées à l'infini suivant les connaissances ou l'orientation des idées du malade. Ici encore on est frappé de ce qu'il s'agit toujours de mauvais goût, de mauvaise odeur ; jamais ou presque jamais les malades ne parlent de sensations agréables. L'association avec les hallucinations de la vue n'est pas rare ; témoin, cette malade qui voyait un « marmitaillon » mêler des matières fécales à la soupe qu'il préparait pour

elle. Témoin aussi cet autre malade qui voyait la religieuse qui le soignait mettre des substances fétides dans son tabac à priser.

Les hallucinations de l'odorat et du goût s'ajoutant à celles de la vue déclanchent souvent les idées de persécution en amenant le malade à croire à la réalité de ses visions.

Enfin il n'est que peu de tabétiques avec troubles de la vue qui ne présentent pas à un moment donné des hallucinations de la sensibilité tactile ou générale. On leur donne des coups dans le dos, on leur serre le corps avec un fil de fer coupant, on leur enfonce des aiguilles, des clous dans les jambes, on leur passe une scie le long des membres. Qui se livre à ces manœuvres ? Tantôt ils l'ignorent. Tantôt ils cherchent parmi les personnes qui les approchent. Tantôt, lorsque leurs visions s'y prêtent, ils attribuent leurs tortures aux personnages évoqués par leurs hallucinations. L'association de ces troubles hallucinatoires multiples donne à la maladie une physionomie spéciale et amène assez rapidement les malades à des troubles psychiques plus ou moins accentués.

Nous les étudierons plus loin, mais il convient auparavant de voir si parmi les caractères des hallucinations qui surviennent chez les tabétiques on trouve quelque chose permettant de les distinguer des hallucinations survenant chez des individus non tabétiques, mais présentant des troubles visuels.

CHAPITRE IV

Les hallucinations du tabes ont-elles un caractère spécifique ?

Nous avons signalé à maintes reprises dans le précédent chapitre l'analogie que présentaient certaines hallucinations simples de nos tabétiques atteints de troubles visuels avec les hallucinations qui surviennent chez des individus atteints simplement de maladies de l'œil sans qu'il soit chez eux question de tabes.

Etudier à fond les hallucinatians dans toutes les maladies de l'œil nous entraînerait hors du cadre de ce travail. Mais il est intéressant de résumer les renseignements que nous avons pu recueillir soit dans les divers traités d'ophtalmologie, soit dans les comptes rendus des sociétés d'ophtalmologie, soit auprès des médecins qui s'occupent spécialement des maladies des yeux et qui observant un grand nombre de malades, ont pu nous donner une impression personnelle.

Eh bien ! disons-le immédiatement, nous sommes arrivés à cette conclusion qu'il n'y avait aucune différence entre les caractères des hallucinations tabé-

tiques et les caractères des hallucinations chez les non tabétiques.

L'hallucination est un trouble subjectif. Toute affection qui touche l'appareil de la vision est capable de produire ce trouble subjectif. Le mécanisme seul diffère.

Il peut s'agir d'un défaut d'interprétation d'une sensation vraie : l'individu atteint de diplopie qui déclare en le croyant qu'il y a deux personnes semblables en face de lui, a en somme une hallucination. Il peut être question d'une irritation quelconque de la rétine ou du nerf optique, d'une atteinte de ce nerf par une lésion de nature diverse.

Il peut s'agir d'un trouble dans les milieux de l'œil, etc., etc. Quoi qu'il en soit, au point de vue clinique, les hallucinations ainsi produites ne diffèrent pas de celles qu'on note chez les tabétiques. Nous l'avons signalé plus haut à propos des petits corps lumineux de la rétinite pigmentaire. Nous avons également parlé des photopsies et des chromopsies qu'on observe dans les cas de névrite optique.

Enfin, qu'on veuille bien se reporter à notre observation XI. En lisant la description écrite par le malade lui-même de ses hallucinations pourra-t-on savoir à quelle affection la rapporter ? On pourrait très bien relever ces hallucinations, chez un tabétique : le malade voit devant lui un arc, d'abord constitué par un nuage, plus tard construit en maçonnerie ; il voit surgir devant lui des têtes d'hommes ou de femmes qui le regardent et se meuvent de droite

à gauche et de gauche à droite. Ce sont presque les mêmes hallucinations que celles décrites par notre malade de l'observation I. Dans l'un et l'autre cas, il s'agit d'hallucinations conscientes. A aucun moment les malades n'ont cru à la réalité de leurs visions. On peut réaliser expérimentalement la différence entre les hallucinations visuelles et les sensations anormales. Dans certaines affections de l'œil, en effet, on est amené à pratiquer la section du nerf optique. Lorsqu'on fait cette opération, on provoque chez le malade des sensations lumineuses très vivement ressenties. Ces impressions sensorielles anormales ne tromperont pas le sujet sur la réalité de leur origine, car ses autres sens lui permettront d'apprécier la cause accidentelle de ces sensations. Mais si une maladie et non plus une cause accidentelle modifie, soit dans leurs trajets, soit dans leurs origines ou leurs terminaisons, les nerfs sensoriels qui dépendent des organes de la vue, des impressions anormales se produiront également et, transmises, seront perçues par le malade.

Seulement la cause restant ignorée ou vague, le malade a une tendance à ajouter foi à ses sensations anormales, à les coordonner, à leur laisser prendre une forme se rapprochant des formes qu'il connaît, et ainsi est constituée l'hallucination en passant par ses différents degrés.

Ces conditions sont réalisées aussi bien chez les individus atteints d'une lésion de l'œil d'origine locale que chez ceux atteints de tabes.

Chez ces derniers, c'est le tabes qui constitue la lésion, mais le résultat est le même.

Donc, au point de vue pathogénique comme au point de vue clinique, il ne saurait y avoir de différence entre les hallucinations des tabétiques et celles des non tabétiques. Cette identité s'impose, nous semble-t-il, si l'on s'en tient strictement aux hallucinations.

Mais nous avons vu que chez les tabétiques, les hallucinations sont souvent le point de départ de troubles psychiques. Il est temps d'en dire un mot et d'exposer comment peut se faire cette transformation d'hallucinations en désordres psychiques plus ou moins intenses. Prenons un malade atteint d'hallucinations visuelles — nous ne savons s'il est tabétique ou non ; — il voit apparaître devant ses yeux des objets lumineux ou foncés, des nuages, des fantômes vagues, puis plus tard des formes plus nettes, des têtes, des personnages entiers. Que tout se borne là, ce malade n'aura que des hallucinations conscientes. En effet, son ouïe intacte, son toucher intact, sa raison intacte lui permettent de se rendre compte que ce qu'il voit pourtant si bien n'existe pas. C'est ce qui se passe dans un grand nombre de cas. C'est ce qui se voit presque toujours chez les individus atteints de troubles visuels sans rien de plus.

Mais que notre malade éprouve des douleurs du fait de son affection, douleurs fulgurantes, douleurs en ceinture, douleurs ostéocopes ; qu'il ait des troubles du sens du toucher, du sens stéréognotique, du

sens du tonus musculaire et articulaire constants chez les tabétiques, il sera bien gêné pour corriger les sensations visuelles erronées qu'il éprouvera. A la longue ce malade établira un rapport, d'abord de contiguïté, puis de cause à effet entre les sensations anormales qu'il éprouve et les hallucinations qui se présentent devant ses regards.

N'est-ce pas en même temps qu'il aperçoit ces formes qui passent devant ses yeux comme pour le narguer et qu'il ressent ces douleurs si pénibles, ces tortures du tabes ?

Jusqu'ici ce malade avait supporté ses souffrances plus ou moins stoïquement. Il avait pu montrer un caractère sombre, s'aigrir, accuser son entourage de le laisser souffrir sans le plaindre, sans l'aider à se guérir. Mais maintenant il s'aperçoit petit à petit qu'on s'approche de lui. Il attache de l'importance à ces têtes qui le regardent en grimaçant. S'il essaie de marcher, ses jambes se dérobent sous lui. Tant qu'il voyait clair, il pouvait constater le phénomène ; à présent qu'il est aveugle, il accuse quelqu'un de l'avoir fait tomber. Il se cogne contre un meuble : c'est qu'on l'a poussé devant lui. Et qui ? soit les personnages de ses hallucinations, soit les voisins, le médecin, les infirmières, les ennemis qu'il se connaît ou se suppose. Nous pouvons comprendre ainsi la naissance d'un délire de persécution chez un tabétique aveugle. Il est facile de se rendre compte qu'un tel délire s'établira plus difficilement chez un tabétique non aveugle. Et c'est ce qui correspond à

l'étude des faits : Exception du délire chez les tabétiques non aveugles ; fréquence chez les tabétiques dont la vue est atteinte.

Il ne faudrait pas croire que le délire de persécution soit le seul trouble psychique présenté par les tabétiques. Rougier et Pierret ont insisté sur la forme mélancolique chez les tabétiques. L'influence des hallucinations sur la production de la mélancolie est peut-être moins nette. Elle existe cependant.

Nous avons insisté, en effet, dans un précédent chapitre sur le caractère triste des hallucinations tabétiques. Rarement ils voient des figures souriantes, mais au contraire des visages grimaçants, menaçants, laids. Ils entendent des paroles de moquerie ou des injures. Ils sentent des odeurs mauvaises, sont poursuivis, lorsqu'ils mangent, par des saveurs qui les dégoûtent. Enfin les douleurs qui font partie du cortège symptomatique de leur maladie contribuent à rendre pénible leur situation. Dans ces conditions tout concours à augmenter les idées de tristesse du tabétique. Ce que n'avaient pu faire à eux seuls les troubles douloureux habituels, les hallucinations le constituent. C'est lorsqu'elles surviennent que la mélancolie s'établit. Elle progresse souvent en même temps que les hallucinations, restant simple ou se compliquant d'idées de persécution. Parmi les observations que nous reproduisons on en trouve où cette allure mélancolique est très nette. Si l'on désire s'en rendre compte d'une façon plus com-

plète on pourra consulter les observations publiées dans la thèse de Rougier.

Si nous posons maintenant la question qui est en tête de ce chapitre : les hallucinations du tabes ont-elles un caractère spécifique ? nous croyons être en droit de faire une réponse négative. En effet, après avoir examiné au cours de cette étude les caractères symptomatiques et les caractères d'évolution des hallucinations tabétiques, après les avoir rapprochés de ce qu'on observe chez les individus atteints de lésions de l'œil, nous n'avons trouvé aucune différence essentielle. De part et d'autre le mécanisme pathogénique peut être compris de la même façon.

Si des différences ont été notées, si l'on est allé chercher des explications tirées du tabes plutôt que de la cécité pour expliquer les troubles psychiques, c'est qu'on a pris l'effet pour la cause. En effet, l'évolution des faits montre la réalité des hypothèses qu'on pouvait émettre après avoir étudié les hallucinations. Schématiquement on peut établir ainsi l'enchaînement des troubles qui se produisent chez un tabétique :

1° Le tabes se développe ;

2° Les hallucinations se constituent peu à peu ;

3° Les hallucinations de plus en plus marquées se produisent jusqu'à ce que le malade soit complètement aveugle ;

4° Par suite du développement parallèle des troubles de nature tabétique et des hallucinations, celles-ci d'abord conscientes et corrigées deviennent

prépondérantes et prennent l'importance de la réalité ;

5° Sur les hallucinations et les troubles tabétiques le malade fonde des troubles psychiques qui sont le plus souvent de la mélancolie ou des idées de persécution.

Nous mettons donc les troubles psychiques au terme de l'évolution pathogénique. C'est ce qui se passe habituellement. Il est facile de se rendre compte par le schéma précédent que pour la constitution des troubles psychiques le tabes est, sinon une condition nécessaire, du moins un élément très favorable. Il n'en est pas de même pour les hallucinations : les troubles visuels sont suffisants pour les produire, qu'ils soient d'origine tabétique ou non.

Nous espérons avoir nettement établi les rapports entre les hallucinations du tabes et les troubles de l'appareil visuel.

Nos conclusions seront donc les suivantes :

CONCLUSIONS

1° Dans la majorité des cas les tabétiques qui présentent des hallucinations sont atteints de troubles visuels ;

2° Dans ces cas, les hallucinations sont dues, non au tabes, mais aux troubles de l'œil. La lésion du nerf optique et, par suite, l'amblyopie paraissent constituer la condition première des hallucinations des autres sensibilités ;

3° Si les tabétiques aveugles généralisent leurs hallucinations, c'est qu'ils ne peuvent plus corriger les sensations anormales dues à leur tabes. Au contraire, les aveugles simples qui ont gardé leurs autres sens intègres corrigent par eux les hallucinations visuelles si fréquentes chez eux ;

4° Les hallucinations des tabétiques et les interprétations erronées qu'elles amènent sont la base des troubles psychiques et en particulier du délire mélancolique ou du délire de persécution que présentent ces malades.

Vu : le Président de la thèse
Gilbert BALLET

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Audan. — Forme cérébrale du tabes sensitif. Thèse de Lyon, 1901.

Baillager. — Annales médico-psychologiques, 1862.

Bouchard. — Ataxie locomotrice progressive. Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie, 1892.

Briand et *Cololian.* — Hallucinations à caractère pénible dans le tabes dorsalis. Soc. médico-psychologique, 28 déc. 1896.

Cassirer. — Tabes et psychose.
Karger, édit., Berlin, 1903.

Charcot. — Maladies du système nerveux.

Christian. — Etude sur la mélancolie. Paris, Masson, 1876.

Duchenne de Boulogne. — Ataxie locomotrice progressive. Archives générales de Médecine. Paris, 1858.

Dupré. — Traité de Pathologie mentale de G. Ballet. Encyclopédie française d'Ophtalmologie. T. V. Article glaucome.

Dieulafoy. — Manuel de pathologie interne.

Eisenmann. — Die Bewegungsataxie. Wien, 1863.

Fournier. — De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique, 1882. Leçon sur la période préataxique du tabes, 1885.

Gruet. — Le délire des ataxiques. Thèse de Paris, 1882.

Hausell. — Hallucinations visuelles. Americ. medic., 16 janvier 1904.

Horn. — Archives, 1833.

Krause. — Sur une forme rare d'hallucinations visuelles chez

les aliénés. Arch. für Psych., 1897, t. XXIX, fasc. 3.

Lamy. — Hémianopsie avec hallucinations dans la partie abolie du champ visuel. Revue de Neurologie, 1895, p. 129.

Léri (André). — Cécité et tabes (étude clinique). Thèse de Paris, 1904. Rueff, édit.

Marie (Pierre). — Article : Tabes dorsalis in Traité de Médecine de Charcot-Bouchard-Brissaud, 2e édit., t. IX.

Meyer. — Contribution à l'étude des psychoses non paralytiques du tabes. Monatshefte für Psychiatrie, 1903.

Moëli. — Troubles mentaux chez les tabétiques. Charité Annalen, 1884.

Mott. — Le tabes dans la pratique des hôpitaux et des asiles. Arch. of Neurology of the pathological laboratory of London County Asylums, 1903, p. 33.

Nageotte. — Tabes et paralysie générale. Thèse de Paris, 1893.

Obeistener. — Un cas d'hallucinations de la vue et de l'ouïe chez un ataxique. Wiener med. Wochenschrift, 1875.

Parisot. — Revue médicale de l'Est, 15 décembre 1897.

Perpère. — Association tabéto-paralytique. Thèse de Paris, 1902.

Pierret. — Essai sur les symptômes céphaliques du tabes. Paris, 1876. Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie, nº 2. Paris, 1877.

Pierret in Albert Robin. — Sur les troubles oculaires dans les maladies de l'encéphale. Thèse d'agrégation, Paris, 1880.

— Des rapports de la paralysie générale et du tabes. Congrès de Blois, 1892.

C. Parhon et *J. Minea* (de Bucarest). — Contribution casuis-

tique à l'étude des troubles mentaux dans le tabes. Congrès de Lille, 1905. Revue neurologique, 1906, p. 774.

Rey (Ph.). — Considérations cliniques sur quelques cas d'ataxie locomotrice dans l'aliénation mentale. Ann. médico-psychol., 5e série, t. XIV, sept. 1875.

Ritti. — Théorie physiologique de l'hallucination. Thèse de Paris, 1874.

Rougier. — Essai sur la lypémanie et le délire de persécution chez les tabétiques. Thèse de Lyon, 1882.

Schultze. — Des psychoses dans le tabes. Münsch. Med. Wochenschr., 8 déc. 1903.

Tigges (Von Marsberg). — Ueber mit Tabes dorsalis complircite Psychose. Allgem. Zeitschrift f. Psych. B. XXVIII, H. 3. Berlin, 1871.

Tamburini. — Les théories des hallucinations. Congrès de Madrid. Revue de Neurologie, 1903, p. 792.

Topinard. — De l'ataxie locomotrice progressive, 1864.

Trousseau. — Art. Ataxie du Dictionnaire de Jaccoud et Gazette des Hôpitaux, 1863.

Urthoff (W.). — Illusions et hallucinations dans les affections de l'œil. Monatshefte f. Psychologie und Neurologie, 1899, p. 241, 370.

Vaschide et *Vurpas*. — Dédoublement des images hallucinatoircs. Soc. de Biologie, 8 février 1902.

Vold. — Ueber Hallucinationen, vorzüglich Gesichtshallucinationen, auf der Grundlage von cutanmotorischen Zuständen und auf derjenigen von vergangenen Gesichtseindrücken. Zeitschrifte f. Psychiatrie, 6, 1901.

Westphal. — Archiv. für Psychiatrie, 1867.

Imp. de la Faculté de médecine Henri Jouve, 15, rue Racine, Paris.